

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970

THÈSE

N°

772

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Pascal GREBEL

Né le 26 Novembre 1940 à Paris 14^{ème} (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

197

**A PROPOS D'UN CAS
DE FORME TUMORALE
DE TUBERCULOSE
LOCALISÉE AU NIVEAU DU CAVUM**

Président : M. AUBRY, Professeur

PARIS — 1970

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Pascal GREBEL

Né le 26 Novembre 1940 à Paris 14^{ème} (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

197

**A PROPOS D'UN CAS
DE FORME TUMORALE
DE TUBERCULOSE
LOCALISÉE AU NIVEAU DU CAVUM**

Président : M. AUBRY, Professeur

PARIS — 1970

ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANÉE 1870

PAR

LE DOCTEUR EN MÉDECINE

CHARRAS

DE

PARIS

La thèse a été présentée le 10 Mars 1870

à l'École de Médecine de Paris

et a été lue par le docteur Charras

le 10 Mars 1870

A PROPOS D'UN CAS
DE FORME TUMORALE
DE TUBERCULOSE
LOCALISÉE AU NIVEAU DU CAVUM



Reçu par le docteur Charras

A MONSIEUR LE DOCTEUR MULIER

que nous remercions de nous avoir permis

de rédiger ce travail, en hommage à sa

très haute compétence et à la bienveillante

indulgence dont il a fait preuve à notre

égard.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBRY

En témoignage de notre admiration et de

notre profonde reconnaissance pour le

grand honneur qu'il nous a fait en

acceptant d'être notre Président de Thèse.

- H I S T O R I Q U E -

Depuis longtemps connue la maladie tuberculeuse est une de celle qui revêt le plus grand polymorphisme, puisqu'on en décrit des localisations extrêmement variées.

Dans le cas qui nous préoccupe, à savoir de la localisation au niveau du cavum, il semble logique de la ranger dans le cadre plus général des localisations laryngo-pharyngées.

Ces localisations sont connues depuis Ambroise Paré.

Mais durant une assez longue période, on sut mal distinguer ces lésions d'autres lésions laryngées, cancéreuses ou syphilitiques.

Il faut attendre les études de **LOUIS** pour obtenir des descriptions anatomiques précises des lésions laryngées de la tuberculose; cet auteur étant également l'un des premiers à noter l'existence d'un rapport entre les lésions pulmonaires et laryngées. Trousseau et Bellac différencient par la suite avec précision les lésions tuberculeuses, des lésions cancéreuses ou syphilitiques.

Toutes ces études faites sur des pièces anatomiques manquaient cependant de contexte clinique, celui-ci ne put être intégré aux observations qu'avec la découverte du miroir laryngé (Garcia 1854) que Turck et Czermack utilisèrent pour analyser les images qu'ils observaient.

Il en résulte que la connaissance de l'existence de la tuberculose laryngée fut primitive à celle de la tuberculose trachéo-bronchique, et qu'il fallut attendre assez longtemps avant que n'apparut la nécessité d'une collaboration étroite avec les phthisiologues.

Ces promoteurs de cette collaboration en France furent Callet - Sergent - Urmagez - Rist - etc... ce qui permit d'obtenir de bien meilleurs résultats, tant au point de vue clinique que thérapeutique.

- G E N E R A L I T E S -

La maladie tuberculeuse est par son polymorphisme et ses localisations multiples, une maladie dont il fut paradoxalement extrêmement difficile d'affirmer l'individualité.

En effet : ses atteintes sont multiples et s'il ne s'agit point d'en faire une maladie de système, il est indiscutable que la plus part des organes peuvent en être atteint.

La tuberculose du cavum peut être considérée comme une forme de ces atteintes.

En effet, si certaines localisations peuvent et doivent être reconnues comme primitives, il semble actuellement douteux que toute forme laryngo-pharyngée de la tuberculose puisse être dissociée d'une atteinte pulmonaire primitive.

Depuis l'ère des **Anti Tuberculeux**, le laryngologiste a vu disparaître les formes classiques de tuberculose laryngo-pharyngée.

Mais on constate l'apparition de formes nouvelles ce sont :

- Les formes tumorales.
- Les formes pseudo lupiques
- Les formes ulcéro-bourgeonnante a aspect néoplasique.

Il est frappant de voir que ces diverses formes sont le plus souvent associées a des atteintes pulmonaires; sans pour cela qu'on puisse toujours relever un parallélisme anatomo-clinique entre les deux lésions.

Bien que le traitement actuel donne d'excellents résultats dans les deux types de lésion, les localisations laryngo-pharyngées s'y révèlent plus rebelles.

On ne discute plus actuellement le diagnostic différentiel .

- La syphillis laryngée étant devenue **extrêmement rare**
- Une lésion ulcéro-bourgeonnante de localisation laryngo-pharyngée étant presque toujours considérée comme un **cancer**
- La pratique de la biopsie étant courante et permettant, en fait, d'éliminer les autres diagnostics.

P A T H O G E N I E

La tuberculose laryngée est très rarement un foyer isolé. Cette localisation évolue presque toujours parallèlement à une lésion pulmonaire initiale, à de rares exceptions près dont nous avons cité quelques observations :

- Localisation du chancre d'innoculation au niveau de l'amygdale avec ganglion cervical satellite, ce qui constitue un complexe primaire.

Par ailleurs, quelques observations de localisation tuberculeuse au niveau du larynx, en l'absence de toute autre lésion tuberculeuse, ont été rapportées, mais dans la majorité des cas, les preuves radiologiques manquaient.

En fait, ces localisations isolées peuvent être considérées comme exceptionnelles, aussi sont les tuberculoses laryngo-pharyngées associées à des atteintes tuberculeuses extra-pulmonaires : osseuse, génito-urinaire ou digestive.

Le problème essentiel est d'élucider le processus d'atteinte pharyngo-laryngée à partir d'une lésion pulmonaire initiale. On peut envisager diverses modalités :

1°- La voie canaliculaire

La sphère laryngo-pharyngée serait infectée directement par les bacilles rejetés dans les expectorations d'origine pulmonaire. La pénétration du bacille se faisant, soit au travers d'une muqueuse lésée, soit par les conduits excréteurs des glandes muqueuses.

2°- La voie hématoène

On peut l'envisager devant la présence fréquente des B.K. dans le sang. Mais, dans ce cas, on doit admettre que l'atteinte pharyngo-laryngée n'est le plus souvent qu'un élément d'une tuberculose généralisée.

3°- La voie lymphatique

Théorie annoncée par certains auteurs, selon laquelle la dissémination se ferait, soit par le réseau lymphatique sous-pleural aboutissant aux ganglions bronchiques et cervicaux, soit par le réseau sous-muqueux trachéo-bronchique.

4°- Facteurs favorisants.

Les localisations laryngo-pharyngées sont inhabituelles, et, dans bien des cas, on peut observer l'intervention d'un facteur favorisant.

" Ce facteur indirect " se traduit par des modifications vaso-motrices et circulatoires, et par les altérations tissulaires qu'elles entraînent : nécrose, hyperplasie tissulaire. Le sympathique cervical doit vraisemblablement jouer un rôle dans ce cas.

Malgré l'antibiothérapie spécifique les adénopathies tuberculeuses du cou qui peuvent être un signe précoce de la tuberculose du cavum, ont une allure clinique d'aspect banal et peuvent de ce fait longtemps échapper à un diagnostic précis.

Seule la biopsie donnant la certitude du **diagnostic**

Ces ganglions accompagnent souvent les localisations laryngo-pharyngées de la tuberculose.

L'examen histologique de la lésion initiale permettra de les rapporter à leur juste cause.

En effet, on attribue trop souvent ces ganglions à un complexe primaire dont le chancre d'innoculation serait pharyngo-laryngé.

Cependant a de rares exemples près, tous les ganglions tuberculeux du cou correspondent à une atteinte primaire pulmonaire, bien que la lésion laryngée ait été le signe d'appel.

La plus grande part ayant une origine hématogène.

DIAGNOSTIC DIFFERENCIEL DES ADENITES CHRONIQUES CERVICALES.

Dévant une tuméfaction cervicale chronique chez un jeune, on peut penser à une origine tuberculeuse, que parfois la biopsie infirmera bien que la symptomatologie ne laisse guère de doutes. Il en ressort donc que seul l'examen histologique permet le diagnostic assuré.

ASPECTS CLINIQUES

Le polymorphisme des lésions laryngo-pharyngées nous conduit à décrire :

- des formes chroniques ;
- des formes granuliqnes ;
- des formes lupiques.

1°- Les formes chroniques

Sont celles qui se rapprochent le plus du cas qui nous intéresse.

- Les formes tumorales en particulier : ce sont, le plus souvent, des formes circonscrites, à tendance scléreuse, laissant le reste de la sphère laryngo-pharyngée apparemment indemne.

Elles revêtent l'aspect soit :

- . de papillome,
- . de polype en règle associé à des lésions de voisinage,
- . de tuberculome, aspect beaucoup plus rare.

- Formes infiltrantes, se traduisant par des troubles fonctionnels relativement discrets au début, plus marqués par la suite.

2°- Les formes lupiques.

Le plus souvent généralisées, atteignant la face, le nez, le cavum, le voile.

Elles sont caractérisées par la pauvreté des signes fonctionnels : dysphonie minime, dysphagie rare.

3°- Les formes granuliques.

Il est exceptionnel qu'une granulie se localise uniquement dans la sphère laryngo-pharyngée.

Elle peut survenir au cours d'une milliaire dont, dans ce cas, elle n'est qu'un élément souvent considéré comme secondaire devant l'importance des autres atteintes.

Elle s'accompagne d'une dysphagie importante douloureuse, d'une dysphonie marquée, d'une dyspnée légère.

Il existe également des formes torpides de granulite qui sont particulièrement rebelles au traitement et dont le pronostic est essentiellement basé sur l'évolutivité des lésions pulmonaires concomittantes.

III - ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

a) Macroscopiquement

Les localisations laryngo-pharyngées bien qu'elles puissent prendre tous les aspects habituels de la tuberculose, revêtent le plus souvent une forme tumorale ^{mûriforme} au gris jaunâtre, présentant parfois des zones ulcérées, et étant par la même, d'autant plus évocatrices de lésions malignes.

Toutefois, il n'est pas exceptionnel de rencontrer à ce niveau des tuméfactions rosées et infiltrantes rappelant le fibro-tuberculome de Portmann.

Il faut donc insister sur la difficulté clinique d'éliminer le diagnostic de cancer, et sur la nécessité de multiplier si besoin en est ces biopsies qui seules pourront donner une certitude.

b) Ana-path microscopique <.....

C'est en fait ce seul examen qui fournira la clef du diagnostic. En effet, malgré son polymorphisme, malgré les multiples localisations de ses atteintes, la tuberculose montre une remarquable unicité dans son aspect histologique, celui-ci étant caractérisé par les divers types de lésions suivantes :

A-Lésions exsudatives :

Il s'agit d'une plage de caractère inflammatoire nullement spécifique.

B- Lésions caséeuses:

Résultant d'une nécrose, elle succède au stade précédent, il en résulte la formation d'une substance amorphe ~~faiblement~~ acidophile, homogène, finement grenue.

C-Lésions folliculaires :

Ce sont des réactions proprement cellulaires. Elles ont le caractère remarquable d'être proliférantes. A l'examen elles ont l'aspect d'une couronne cellulaire arrondie, que l'on trouve en lisière d'un bloc caséux.

Ce follicule est constitué de nombreuses cellules épithélioïdes et de cellules géantes.

- Ces cellules épithélioïdes sont allongées, fusiformes à cytoplasme légèrement acidophile.
- Ces cellules géantes remarquables par leur taille possèdent de 2 à 20 ou, 30 noyaux. Tantôt elles centrent le follicule, tantôt elles le parsèment.

IV - CONTAMINATION.

Le contage humain est la voie ~~essentielle~~, l'origine animale étant beaucoup plus rare.

Celui-ci se fait :

A) Par voie respiratoire :

qui est la voie classique de contage en faveur de laquelle méditent de nombreux arguments anatomiques et radiologiques.

B) Par voie digestive :

Prouvée expérimentalement, on sait qu'elle existe aussi chez l'homme.

C) Par d'autres voies :

Il a été prouvé que la contamination pouvait se faire par voie muqueuse, et par voie cutanée.

D) Facteurs favorisants :

Un certain nombre de facteurs ont été reconnus comme favorables à l'éclosion de la tuberculose.

- Le surmenage tant physique que moral.
- La sous-alimentation et les fautes d'hygiène alimentaire.
- Les maladies infectieuses.
- Les maladies de la nutrition, diabète en particulier.
- La grossesse.
- Les agents thérapeutiques : vaccinations
sérothérapie et administration de corticoïdes.

TRAITEMENT GENERAL DE LA TUBERCULOSE

I - CHIMIOThERAPIE ET ANTIBIOThERAPIE.

A - I N H

Pris par voie orale en 2-3 prises à raison de 10 mg par Kg.

L'administration veineuse est possible et même souhaitable.

L'adjonction de vitamines du groupe B est nécessaire pour éviter les polynévrites qui peuvent être une des conséquence de ce traitement.

B - STREPTOMYCINE

En injections IM 1g à 1,5 g par jour chez l'adulte en raison de sa toxicité et des atteintes de la VIII^e paire crânienne qui sont fréquentes en cas d'administration prolongée, il est bon de surveiller l'acuité auditive et de pratiquer un audiogramme tous les 20 à 30g administrés.

C - LE P.A.S.

Doit être de préférence administré par voie veineuse lente, à raison de 15g par jour pour 500 ml de soluté.

D - LES AUTRES ANTI-TUBERCULEUX.

Il existe actuellement plusieurs autres médicaments anti-tuberculeux, qui en association avec ceux que nous avons cités précédemment donnent d'excellents résultats thérapeutiques.

Trois médicaments nouveaux sont particulièrement intéressants dans ces formes souvent relativement rebelles à la thérapeutique classique, car n'étant utilisés qu'à depuis peu de temps, ils ne se heurtent pas à des souches de BK résistantes.

Il s'agit de :

I) LA CAPREAMYCINE :

Antibiotique à diffusion rapide, mais a activité inférieure à celle de la Streptomycine, et de la Kanamycine.

Elle doit être utilisée comme antibiotique de relais de second plan, en particulier dans les tuberculoses invétérées pluri résistantes.

La posologie moyenne sera de 1g par jour, dose à laquelle on observe en général pas d'accidents importants, même si le traitement est prolongé.

Cependant des accidents peuvent survenir :

- atteinte de la VIII^e paire crânienne.
- Troubles rénaux.

Ils sont en général réversibles à l'arrêt du traitement.

II - L'ETHAMBUTOL :

C'est un antibiotique très différent des autres anti-bacillaires, car il s'agit d'un produit de synthèse ne présentant pas de résistance ~~croisée~~ avec les autres médications anti-bacillaires.

On l'utilise à la dose de 15 à 25 mg par Kg et par jour.

Il est en règle bien toléré à ces doses, cependant il faut connaître la possibilité de survenue de troubles visuels liés à un effet toxique du produit sur le Tapétum Lucidum.

Ce qui nécessite la réalisation mensuelle systématique d'un examen du fond d'oeil, et d'une étude de la campimétrie, et de la vision des couleurs.

Cette toxicité oculaire est susceptible d'engendrer des névrites axiales, le plus souvent regressives à l'arrêt du traitement.

III - LA RIFAMPICINE :

Découverte récente doit être d'emblée rangée parmi les antituberculeux majeurs, et sera sans doute amenée à être l'antibiotique antituberculeux N° I de demain.

C'est un antibiotique semi-synthétique élaboré à partir de la Rifamycine.

Elle a pour caractéristique métabolique de présenter un cycle entéro-hépatique particulier qui assure sa persistance dans l'organisme durant plusieurs heures.

Elle est très diffusible et éliminée par voie rénale.

Les études actuelles ont confirmé :

- la rareté des B K résistants.
- la supériorité sur l'izaniazide.
- la valeur de l'association Rifampicine-Izaniazide.

On l'utilisera à la dose de 10mg par Kg et par jour.

Les effets secondaires néfastes de la Rifampicine sont dominés par les accidents hépatiques. Il y a en effet une possibilité d'apparition d'ictères dont des cas mortels, bien que très rares, ont été décrits.

Il faudra donc observer certaines précautions dans l'utilisation de ce traitement.

- Contrôle hépatique préliminaire en cas de soupçon d'atteinte hépatique (Ethyllisme).
- Eviter tout surdosage : 10mg par Kg et par jour étant la dose à ne pas dépasser.
- Eviter toute association a un médicament ictérique (PAS en particulier).

ces précautions les résultats thérapeutiques sont très intéressants.

II - TRAITEMENT ANTI-INFLAMMATOIRE -

Indiqué dans certaines formes graves il ne doit jamais être entrepris sans couverture anti-bacillaire triple et doit être de brève durée.

III - CONDUITE DU TRAITEMENT -

La cure médicamenteuse doit être intense, régulière, continue et longtemps prolongée. Sa durée totale ne doit jamais être inférieure à 18 mois, sans le repos au lit qui s'impose dans les premières semaines du traitement. Le traitement médicamenteux doit toujours comprendre l'association de trois antituberculeux au moins.

EVALUATION SOUS TRAITEMENT

Sous l'effet du traitement bien conduit et bien suivi l'évaluation est dans la plus part des cas favorable. Cependant d'autres éventualités, bien qu'elles soient rares, sont possibles.

- Persistance d'un petit foyer.
- Passage à la chronicité de la lésion
- Récidive ou rechute.

- O B S E R V A T I O N -

Monsieur B... Bâchir - 36 ans - de nationalité algérienne transplanté en France depuis 1954 -- Profession manutentionnaire dans un laboratoire médical.

Monsieur B... vient consulter dans le Service O.R.L. du DR. MULIER à l'Hôpital Tenon. En mai 1969 il se plaint d'une hypoacousie bilatérale dont l'origine est d'abord rapportée à un catarrhe tubaire. Il est alors traité par : Betnésol
Sigmamycine.

Il revient en consultation deux semaines plus tard, les signes cliniques n'ayant pas régressé.

Un examen complet est alors effectué qui met en évidence l'existence d'une tuméfaction au niveau du cavum : tuméfaction ulcéro végétante, située entre les deux orifices tubaires. La clinique étant très en faveur d'un épithélioma du cavum.

Un rendez-vous est alors pris pour pratiquer le 2.6.69 une biopsie au niveau de la tumeur.

Le résultat de cette biopsie : semble être le suivant :

- cette biopsie du cavum n'est pas tumorale.
- On trouve en effet une muqueuse normale.
- La sous muqueuse est constituée par du tissu lymphoïde qui contient des formations folliculaires. Ces formations sont constituées par des cellules épithélioïdes et des cellules géantes.

On ne trouve pas de nécrose caséuse.

- Ces lésions folliculaires et giganto-cellulaires évoquent d'abord une tuberculose.

Cependant, étant donné la localisation, l'absence de caséum, et la race du malade, il faut également penser à la possibilité d'une lèpre.

Il ne semble pas qu'il puisse s'agir d'un BBS car les formations épithélioïdes sont trop nombreuses.

Dévant ces conclusions on demande les examens complémentaires suivants :

- Cuti réactive qui est +++
- I. D. IO u qui est ++
- Recherche de BK à l'examen direct = négative.
- Radio des poumons et tomographies pulmonaires qui ne mettent pas en évidence de lésions pulmonaires patentes.

Le 14.6.69 Le malade est transféré dans le Service de pneumo-phtisiologie du Pr. BRACARD - Hôpital Tenon.

A l'arrivée en Service de phtisiologie, l'examen général et en particulier l'examen pulmonaire s'avèrent négatifs.

Le 17.6.69

2° radio pulmonaire + série de tomos ne montrant toujours pas de lésion évidente.

Le 19.6.69

Bronchoscopie et biopsie bronchique droite et gauche = résultats négatifs.

Recherche de Bacille de Hansen = négative

Nombreuses recherches de BK à l'examen direct = pratiquées les 11. 12. 13. 16. 18. 20 et 21.6.69 = négatives.

Cependant le 20.6.69 une culture de crachats pratiquée sur milieu de Lowenstein revient positive.

Les examens pratiqués : Urée

Glycémie

Calcémie

Calciurie

Sont normaux.

Le 27.6.69

Un examen O.R.L. met en évidence un aspect du cavum quasi inchangé mais avec augmentation des mucosités.

Le 3. 7.69

Un audiogramme est pratiqué qui met en évidence une discrète surdité de transmission bilatérale que l'on rapporte aux lésions du **rhino-pharynx**.

D'autres examens complémentaires sont pratiqués durant l'hospitalisation en phtisologie.

Exploration fonctionnelle respiratoire qui se révèle dans l'ensemble normale.

- Val. 800 ml
- Val. Expir. de 2000 ml.
- C V 4550 ml
- VEMS 3.300 ml
- VEMS/CV = 72 %
- Ventilation externe au repos =
 - . Ventilation
 - . Fréquence I8
- l'épreuve chalinergique n'entraîne aucun effet respiratoire ni tussigène.

Recherche de signes O P H de Sarcoidose :

- résultat négatif.

Antibiogramme.

- Le B K se révèle sensible aux anti-tuberculeux classiques.

Un traitement est institué du 14.6.69 au 21.7.69 par :

- P.A.S. et I N H
- Strepto I gr par J.
- Rimifon 3' c par J.
- Cortancyl 4 c par J.
- Vit B1 - B 6 - PP

Durant le traitement la température reste normale, le poids stable variant aux environs de 66 Kg.

On décide alors le placement en Sana le 22.7.69.

Rapport de départ. (Service phtisio Pr. BROCCARD).

" aurait consulté en O R L pour hypo-acousie d'apparition récente.

L'examen du cavum a mis en évidence une tumeur dont la biopsie révèle la nature tuberculeuse.

Entre dans le Service le 14.6.69.

I T N - Cuti + bronchoscopie négative.

Biopsie bronchique = R AS

Recherche de Bacille de Hansen négative.

On admet qu'il s'agit d'une tuberculose du cavum, et on engage un traitement anti-tuberculeux le 20.6.69.

La surveillance O R L se montre bonne mais une culture des crachats revient positive.

Le malade part pour le sanatorium d'Osseja le 22.7.69."

On peut conclure de cette observation que l'attention a été attirée au départ par une hypo-acousie bilatérale qui fut rapidement rapportée à l'existence d'une tumeur du cavum; tumeur dont la biopsie mit en évidence l'origine tuberculeuse, les autres éventualités ayant été rejetées devant la négativité des examens.

On put croire un certain temps que cette localisation était isolée, cependant l'existence d'une culture de crachats sur Lawenstein positive donne à penser qu'il existe ou a existé une localisation tuberculeuse pulmonaire initiale.

DE CETTE OBSERVATION, ON PEUT TIRER LES ENSEIGNEMENTS SUIVANTS :

Les localisations au niveau du cavum des lésions tuberculeuses sont extrêmement rares, beaucoup plus que ne le sont les localisations laryngo-pharyngé en général.

Et dans le cas de cette localisation, ces malades soulèvent d'importants problèmes d'ordre diagnostic, clinique et bactériologique.

Plusieurs observations mettent en évidence l'apparition de tuberculose laryngo-pharyngée (de l'amygdale en particulier), au cours ou au décours d'une tuberculose traitée ou non traitée, ou insuffisamment traitée; mais dans la majorité des cas à localisation pulmonaire initiale; le traitement classique paraît moins efficace et plus difficile à réaliser

Cependant on a observé des cas où la localisation laryngo-pharyngée était initiale.

Mais il ne semble pas qu'il y ait actuellement d'observation d'atteinte primaire de cavum dans une forme tumorale.

Toutefois, il semble d'après de nombreux travaux, tant français, qu'étrangers, que la primo-infection tuberculeuse

laryngo-pharyngée prenne une place de plus en plus grande dans la sémiologie tuberculeuse.

Cet accroissement de la fréquence de ces localisations de primo-infection est dû au fait que les primo-infections tuberculeuses de localisation extra-pulmonaire sont actuellement mieux connues.

Deux observations de ces cas sont à ce jour publiées par PILOWYS, H. LE BARRE, J. ROUX, A. FAIVRE et J. BOYÉ

Dans ces deux cas le chancre d'innoculation est situé d'une part, profondément au sein de l'amygdale, d'autre part, au niveau d'un granulome dentaire.

Il n'en reste pas moins que le diagnostic des formes pharyngo-laryngée de la tuberculose reste difficile, et que ces formes posent de nombreux problèmes thérapeutiques.

En effet : - on note depuis quelques années l'apparition de formes anatomo-cliniques particulières, peu sensibles au traitement spécifique, et s'accompagnant de lésions pulmonaires discrètes, ou stabilisées par un traitement antérieur.

- On ne peut négliger toutefois l'éventualité d'une association tuberculose-cancer, que la lésion maligne soit à l'origine laryngée ou pulmonaire, ce qui pose un grave problème de diagnostic différentiel.

Par ailleurs, les progrès considérables du traitement de la tuberculose ont fait disparaître presque complètement les formes classiques de la tuberculose laryngo-pharyngée.

En effet, si l'on pouvait avant l'ère des antibiotiques démontrer que la fréquence de l'atteinte laryngée était de 50 %, celle-ci a depuis diminué dans des proportions importantes; cependant un grand nombre de tuberculoses sont encore actuellement dépistées à l'occasion d'un examen O.R.L. complet suscité par des troubles dysphoniques ou dysphagiques.

On ne devra cependant pas méconnaître le fait que dans la grande majorité des cas une tuberculose pulmonaire est associée à cette atteinte laryngée.

Les observations de : MOUNIER-KUHN , PIAGET et GAILLARD

rapportent que sur 2000 malades en sanatorium, on note :

- 33 cas d'atteintes pharyngo-laryngées,
dont 16 cas de forme tumorale.

Les aspects laryngoscopiques étaient, souvent franchement celui d'une tumeur maligne, parfois celui d'une tumeur ulcéro-bourgeonnante, évoquant également un néoplasme de forme creusante.

Ces divers aspects ont souvent provoqué des difficultés diagnostic, dont seules des biopsies répétées permirent de trancher en faveur de la tuberculose, d'autant plus que dans

de nombreux cas l'adénopathie satellite simulait parfaitement du point de vue clinique une adénopathie néoplasique.

Et dans ces cas, il est remarquable que les formes tumorales soient de loin les plus rebelles à la thérapeutique classique, en particulier lorsqu'il s'agit d'un sujet ayant été atteint de tuberculose pulmonaire banale déjà traitée.

Dans les cas de formes ~~ulcéro~~-bourgeonnantes, le diagnostic clinique serait le plus souvent celui de cancer s'il n'y avait la notion de tuberculose évolutive grave, le diagnostic étant alors confirmé par la biopsie.

Le problème essentiel restant celui du diagnostic différentiel dans les formes tumorales, chez des tuberculeux pulmonaires méconnus ou insuffisamment traités, dans ce cas, seule l'histologie permet d'éviter des erreurs thérapeutiques provoquées par le diagnostic clinique généralement évoqué d'épithélioma.

Dans les formes rares, mais possibles, d'association tuberculose plus cancer, il faut envisager un traitement

- soit essentiellement chirurgicale :
laryngectomie totale ou chirurgie laryngée conservatrice.

- soit un traitement strictement radio-
thérapique.

- soit enfin, association de radio-thérapie
et de traitement chirurgical.

Il résulte de ces observations, que ces localisations tuberculeuses sont souvent très différentes des descriptions classiques, et que le caractère essentiel des aspects que l'on peut découvrir actuellement réside dans leur évolution subaigüe et torpide, qui fait que les lésions peuvent prendre les formes les plus variées.

Chez les tuberculeux insuffisamment, ou non traités, les formes tumorales sont les plus fréquentes, elles sont souvent localisées, et peuvent prendre des aspects ulcéro-bourgeonnants orientant vers un diagnostic de cancer.

En conséquence, en dehors de la biopsie qui affirme la spécificité des lésions, le diagnostic sera essentiellement posé sur le contexte pulmonaire sachant que des sujets traités pour tuberculoses pulmonaire et présentant des bacilloscopies négatives, peuvent cependant rester porteur de lésions tuberculeuses pharyngo-laryngées, et même, de lésions situées au niveau du cavum.

En effet, si selon les observations classiques toute tuberculose laryngée s'accompagne de lésions pulmonaires, le parallélisme des deux atteintes n'est pas toujours respecté, les lésions pulmonaires pouvant être extrêmement discrètes.

On devra cependant dans tous les cas rechercher une atteinte pulmonaire même minime, ou plus ou moins stabilisée, voir même considérée comme guérie, devant toute lésion tuberculeuse pharyngo-laryngée.

En ce qui concerne la localisation particulière d'une forme tumorale de tuberculose au niveau du cavum, dont nous avons apporté l'observation.

Certains points sont à considérer.

- L'extrême rareté de la localisation, puisque nous n'en avons observé qu'un seul cas.

- La difficulté du diagnostic clinique : les signes fonctionnels et l'examen par rhinoscopie postérieure évoquant de prime abord une tumeur maligne, quasi certaine par son aspect macroscopique : tuméfaction importante semblant présenter certaines zones ulcérées, et dont seule une biopsie permet d'affirmer l'origine tuberculeuse.

- La corrélation vraisemblable avec une tuberculose pulmonaire, car en effet si les bacilloscopie, la bronchoscopie, les examens radiologiques et tomographiques se sont révélés négatifs, il n'en reste pas moins qu'une culture de crachats sur milieu de Lowenstein s'est révélée positive, la localisation pulmonaire initiale n'étant donc pas à exclure, ce qui tend à confirmer que même à cette forme particulière une origine pulmonaire primitive est vraisemblable.

Il en résulte donc que la localisation au niveau du cavum d'une atteinte tuberculeuse dans sa forme tumorale, malgré son extrême rareté, puisque nous n'avons qu'un seul cas à rapporter, peut s'inscrire par ses caractères généraux, et par les difficultés qu'on éprouve à la traiter, ainsi que les problèmes de diagnostic différentiel qu'elle pose, dans le cadre général des localisations laryngo-pharyngées de la tuberculose, bien que cette localisation particulière (la cavum) soit en dehors de la systématisation anatomique des autres atteintes de cette région.

Vu, le Président de thèse

Professeur M. AUBRY

Vu, le Doyen Honoraire
Administrateur Provisoire
de la Faculté de Médecine

Professeur G. BROUET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

- B I B L I O G R A P H I E -

COWSON R.A.

Tuberculose de la bouche et de la gorge.

Brit. J. Janv. 1960, 54, n° 1, B.

SCHEUTFLER

Obturation de la trompe en tant que premier signe de tuberculose du tissu péri-amygdalien.

M. schr. O.L.R. Juin 1960, 94, n° 3, B.

THOMAS K.E.

Un cas de tuberculose du palais et du larynx.

J. of Laryn.-Otol. Oct. 1960, T. 74, n° 10.

BRZEZINSKA H.

Tuberculose du nez, de la gorge et du larynx.

Polski tygod. 30 Janv. 1964, 19, n° 1.

BERARD, MAZAURIC, MANIPAUD

Formes pseudo-tumorales de la tuberculose pharyngo-laryngée.

Rev. Tuberc. Juin 1962, 26, n° 5 - 6.

MOUNIER, KUHN, PIAGET.

Aspects de la tuberculose pharyngo-laryngée.

Rev. Laryng. Déc. 1958, 79, n° 12.

AMSLER ET BILLIARD

Diverses modalités de l'angine tuberculeuse.

Concours Méd. Janv. 1949, 71, n° 1.

-----ooo000ooo-----

ANNALES D'O.R.L.

DEBAIN J.J.

Quelques aspects actuels de la tuberculose laryngée.

Ann. O.R.L., 1966, p. 489.

CALVET, CLAUX, TOULOUSE.

Cancer du larynx chez les tuberculeux pulmonaires.

Ann. O.R.L.

MULIER, HAMELIN, PAQUELIN

Tuberculose nasale. Un cas d'enfant.

Société de Laryngologie, séance du 19 Février 1962.

G. TERRIER

A propos de quelques adénites chroniques cervicales, non tuberculeuses.

Practica d'O.R.L. 1961.

M. MURET, J. LACORNE

Généralités sur l'infection tuberculeuse.

E.M.C.

P. RENAULT

Etude anatomo-pathologique de la tuberculose pulmonaire.
E.M.C.

C. COURY

Formes milliaires de la tuberculose pulmonaire.
E.M.C.

G. ARNAUD

Tuberculose laryngée.
E.M.C.

M. VIGY

Propos recueillis à propos d'un cours de Monsieur BROUET : "Acquisitions récentes en phthisiologie".
Concours médical. 21 Mars 1970.

PRACHE, COTIN, LOSSON

Réapparition de la tuberculose dans la sphère O.R.L.
A paraître.

TAILLENS J.P.

Tuberculose de l'amygdale. Pathogénie.

Practica O.R.L., Janv. 1961, 23, n° 1.

ARNAUD

Dix ans de traitement de tuberculose pharyngo-laryngée.

Ann. O.R.L. Juin 1957, 74, n° 6.

WEIGER H.

Frottis pharyngés dans les soins des tuberculoses.

Tuberkulaseartz, Juil. 1955, 9, n° 7, B.

ROLAND P.

Tuberculose du pharynx.

J. of O.R.L., Nov. 1957, 71, n° 11.

AUBRY

Un cas de tuberculose pharyngo-laryngée traitée par Pénicilline.

Ann. O.R.L., Juin 1949, T. 66, n° 6.

GIGNAU M.

Strepto et tuberculose pharyngo-laryngée.

J. Med. Lyon, 5 Oct. 1949, 30, n° 714.

BERTELLI J.A.

Progrès dans le traitement de la tuberculose O.R.L.

Prensa. Méd. Argent. Sept. 1953, 40, n° 39.

